CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 68

DE LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

A FORME RÉNALE

(FORME HÉMORRHAGIQUE ET FORME URÉMIQUE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier
le 7 juillet 1888

PAR

E.-A. DEBRAY
Né à Montereau-Faut-Yonne (Seine-et-Marne)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1888

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Physique médicale.	MOITESSIER (✻)
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER (✻).
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN (✻).
Clinique des maladies mentales et nerveuses (Chargé du cours).	MAIRET.
Anatomie (Chargé du cours).	GILIS.
Botan. et Hist. Nat. méd. (ch. de c.)	GRANEL.
Clinique médicale.	N...

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✻), DUPRÉ (✻ C. ✠), CAVALIER (✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSÉ (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
CARRIEU.	VILLE.	GERBAUD.
MAIRET.	GRANEL.	GILIS.
MOSSE (✻).	BOINET.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✻).	BROUSSE.	BIMAR.
BLAISE.	FORGUE.	
BAUMEL.	TRUC.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. GRASSET, *président.*
MAIRET, professeur.
MOSSÉ, agrégé.
BAUMEL, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

E.-A. DEBRAY.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur GRASSET

E.-A. DEBRAY.

A Monsieur le docteur MERLIN

Médecin en chef de la marine
Officier de la Légion d'honneur

Témoignage de profonde reconnaissance.

E.-A. DEBRAY.

INTRODUCTION. — DIVISION DU SUJET.

La forme rénale de la fièvre typhoïde est d'étude relativement récente. Cependant, les cas publiés jusqu'ici sont assez nombreux pour qu'on ait pu en décrire trois variétés, aujourd'hui classiques: deux formes précoces, la *forme commune* et la *forme hémorrhagique de Robin;* une forme tardive, la *forme urémique.*

Deux observations, l'une de forme hémorrhagique, l'autre de forme urémique, nous ont paru s'écarter un peu des descriptions des auteurs: la première, par son évolution générale qui prêtait à d'intéressants commentaires; la seconde, par l'apparition précoce des phénomènes urémiques. Cette dernière présentait encore ceci de particulier, qu'on ne retrouve dans aucune des observations publiées: les symptômes urémiques s'étaient localisés du côté de l'estomac, constituant un type remarquable d'urémie gastrique. Chez le malade qui en était porteur, les traits classiques de la dothiénentérie avaient totalement disparu.

C'étaient-là, pensons-nous, des motifs sérieux pour nous engager à élargir un peu le cadre de la fièvre typhoïde à forme rénale, et nous avons résolu de consacrer à cette étude notre thèse inaugurale.

Notre travail est divisé en divers chapitres. Dans un premier, nous donnons la définition de la maladie que nous étudions; nous passons ensuite à la symptomatologie des divers groupes de fièvres typhoïdes à forme rénale, et nous avons cru devoir intercaler nos observations inédites dans les descriptions qu'elles éclairent, plutôt que de les rejeter à la fin de notre étude. Le chapitre suivant est consacré au

diagnostic, à la marche, au pronostic de la maladie qui nous occupe, et, après avoir dit quelques mots de la pathogénie des néphrites infectieuses, nous passons à l'étude de l'anatomie pathologique, et nous terminons notre travail par l'énoncé des conclusions qui nous ont paru en découler. Nous aurions pu y ajouter un nombre plus considérable d'observations empruntées aux divers auteurs; mais ces observations, déjà réparties dans plusieurs thèses, n'auraient pas, croyons-nous, ajouté un grand intérêt à notre modeste travail.

M. le professeur Kiener, avec une libéralité et une affabilité que nous sommes heureux de reconnaître, a poussé l'obligeance jusqu'à nous montrer les préparations histologiques du rein de l'un des malades dont nous rapportons l'histoire, et nous donner une note détaillée des altérations constatées. Nous lui en sommes bien vivement reconnaissant.

MM. les docteurs Sarda, chef de clinique médicale, et Bourguet, interne des hôpitaux, ont bien voulu mettre à notre disposition leurs notes cliniques. Nous leur adressons nos bien sincères remerciements et le témoignage public de notre reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

A FORME RÉNALE

(FORME HÉMORRHAGIQUE ET FORME URÉMIQUE)

DÉFINITION.

Lorsque Bretonneau donna le nom de dothiénentérite à la fièvre typhoïde, il considéra la lésion des follicules et des plaques de Payer comme le caractère le plus important de cette maladie, et il put même comparer cette éruption intestinale à l'exanthème des fièvres éruptives. Cependant, de même que la pustule n'est pas la variole, de même aussi les modifications anatomiques que l'on observe au niveau du tube digestif ne constituent pas à elles seules toute cette entité morbide, qui est la fièvre typhoïde. Comme toutes les affections qui tiennent à une modification profonde du sang, la fièvre typhoïde frappe tout l'organisme, atteint tous les viscères, et si quelques localisations peuvent, par leur fréquence, attirer plus particulièrement l'attention, elles ne

doivent pas faire négliger les manifestations moins communes qui relèvent cependant de la même cause, et qui sont toujours le fait du poison typhique.

Tant qu'un certain équilibre persiste entre les divers phénomènes de la maladie, son type se dégage nettement et l'on en reconnaît le tableau classique; celui-ci peut, au contraire, subir des altérations plus ou moins profondes, suivant la prédominance de tels ou tels symptômes, suivant que tel ou tel viscère, atteint plus particulièrement, réagit avec le cri qui lui est propre. Ce sont ces différences qui ont fait admettre plusieurs formes pour la maladie qui nous occupe; bien que le fonds soit toujours le même et que l'agent pathogène : la bactérie spécifique d'Eberth, en soit toujours l'élément primordial, on a pu en décrire, au point de vue clinique, une forme simple où toutes les manifestations locales conservaient un équilibre exact, une forme adynamique répondant plutôt à la fièvre putride des anciens, et caractérisée surtout par un empoisonnement plus marqué du sang, sans localisation organique prédominante, une forme abdominale, une forme thoracique, une forme bilieuse, une forme cérébrale ou cérébro-spinale. La fièvre typhoïde présente, enfin, une *forme rénale*, et c'est d'elle que nous avons à nous occuper ici.

Nous n'avons pas à refaire l'historique complet des cas d'albuminurie constatés au décours de la dothiénentérie. Le seul fait de la présence de l'albumine dans les urines ne peut pas constituer une forme spéciale de la maladie, et cela est si vrai, que, depuis les premières observations de Grégory (1) (1832), l'albuminurie a été retrouvée par la plupart des auteurs. Cependant, si l'on consulte les statistiques qu'ils ont données, on est porté à croire que c'est là un élément bien

(1) Grégory, *Archives de médecine* 1832.

variable, puisque, tandis que les uns, comme Andral, ne l'ont trouvée que dans 3 % des cas, d'autres, comme Trotter (1854), l'ont signalée 20 fois sur 20 malades. Enfin, Gubler (1) la considère comme l'élément le plus constant de la fièvre typhoïde, et, à un moment donné de son évolution, il l'a rencontrée dans tous les cas qu'il a observés pendant une longue période de quinze années.

Ces différences ne peuvent évidemment tenir qu'aux procédés de recherches employés par les divers observateurs, et, comme le fait remarquer A. Robin (2), la méthode de Gubler doit être seule employée si l'on veut obtenir des résultats comparables aux siens. Ce procédé « consiste à verser lentement de l'acide nitrique le long de la paroi du verre qui contient l'urine et, lorsque le mélange d'acide et d'urine occupe les trois cinquièmes du vase, de regarder par transparence, et sur un fond noir, s'il se produit un diaphragme opalin, blanc-grisâtre, à limite inférieure quelque peu diffuse, mais à bord supérieur net et séparé par une couche d'urine transparente, d'une légère hostie d'acide urique (3).»

Si l'albumine urinaire est la règle dans la fièvre typhoïde, elle peut présenter au point de vue du moment de son apparition, de son abondance, des phénomènes concomitants, et même de sa composition chimique intime, des variations et des modalités très nombreuses; cet élément acquiert, dans certains cas, une importance si manifeste que, dès 1874, Gubler admettait la possibilité d'une *forme rénale* au sujet d'une observation de A. Robin rapportée dans son mémoire sur le Jaborandi (4).

(1) Art. *Albuminurie*, Dictionnaire des sciences médicales.

(2) A. Robin, Essai d'urologie clinique. La fièvre typhoïde, Thèse de Paris 1877, N° 76.

(3) Robin, *loc. cit.*, p. 104.

(4) *Journal de thérapeutique* 1875, p. 350.

Reprenant cette étude, c'est A. Robin qui décrivit le premier cette forme, en insistant surtout sur les caractères urologiques qu'elle présente, et Hardy en consacre la description clinique en s'appuyant sur deux observations nouvelles (1) qui servent de base à la thèse de son élève, le Dr Amat (2).

(1) Leç. clin. 1887, *in Progrès Médical.*
(2) De la fièvre typhoïde à forme rénale, th. de Paris 1878, n° 37.

SYMPTOMATOLOGIE.

Nous commencerons d'abord par décrire la fièvre typhoïde à forme rénale, d'après le tableau désormais classique qu'en ont laissé les auteurs que nous venons de citer.

Dès le début, rien n'annonce, en général, la localisation spéciale que va choisir le poison typhique. Comme dans la dothiénentérie vulgaire, nous trouvons ici une période prodromique de durée variable, souvent assez courte, caractérisée par un malaise mal défini, quelques troubles du côté du tube digestif, de l'insomnie, des vertiges. Le malade se sent «mal en train»; mais il ne peut préciser cet état particulier qui l'éloigne de ses occupations habituelles et lui rend pénible tout travail intellectuel ou manuel.

On note quelquefois dès lors des épistaxis plus ou moins abondantes; mais ce symptôme, que nous retrouverons plus tard avec une importance particulière, est loin d'être constant dès cette période de la maladie.

Bientôt la température s'élève progressivement et cette élévation thermique marque le début de la maladie. Ici nous retrouvons encore habituellement les symptômes ordinaires de la dothiénentérie, le malade se plaint de céphalalgie, mais cette sensation paraît liée à la fièvre seule et ne prend qu'exceptionnellement l'importance qu'elle a dans la forme commune. L'abattement est très marqué et cette stupeur profonde laisse le typhoïsant, dont elle désigne elle-même l'état, entièrement isolé de tout ce qui l'entoure et totalement indifférent au monde extérieur.

L'intelligence est cependant conservée, et quand on inter-

pelle le patient, il finit par répondre correctement aux questions qu'on lui adresse.

C'est alors que l'on observe habituellement les épistaxis qui présentent une abondance et une fréquence peu ordinaires; l'hémorrhagie se fait indifféremment par l'une ou l'autre narine et se répète souvent plusieurs fois dans la même journée. Elle est quelquefois remplacée chez la femme par une métrorrhagie généralement indolore et sans autre cause appréciable du côté des organes génitaux, et que Gubler a signalée sous le nom d'épistaxis utérine.

La température continue à monter par des oscillations à peu près régulières; elle présente des exacerbations vespérales sans retomber le matin à la température normale, et elle ne diffère pas d'une manière sensible de la courbe qu'offre une dothiénentérie vulgaire à sa période d'augment. Cependant elle atteint souvent, à la fin de cette période, un niveau que l'on observe rarement dans les autres formes (40°—41°). Une épistaxis abondante peut amener un abaissement notable de la température, contre la production duquel il est bon d'être prévenu.

L'appétit est nul; mais la diarrhée est généralement peu abondante, souvent même le malade a des selles normales, et l'on constate alors que la douleur dans la fosse iliaque droite et le gargouillement à ce niveau sont peu marqués ou font même entièrement défaut.

De l'avis de tous les observateurs, les vomissements sont rares, et c'est là une des considérations qui feront ressortir l'intérêt de la forme particulière que nous étudierons dans notre observation II. Didion les a cependant observés plusieurs fois et les a vus striés de sang.

C'est vers le commencement du second septenaire qu'apparaissent les taches rosées qui sont en général peu abondantes, mais dont assez fréquemment l'éruption se fait par

poussées successives. Avec ce signe commence la période d'état de la maladie qui offre des températures vespérales assez élevées et que caractérise l'exagération des principaux phénomènes observés pendant le stade précédent. La céphalalgie disparaît alors ou, du moins, l'état de stupeur plus prononcé dans lequel se trouve le malade l'empêche de se plaindre de ce symptôme. La rate est rarement sensible et la percussion permet difficilement de constater une augmentation de son volume.

Bien que quelques signes, tels que la température plus élevée, la stupeur, l'abondance des épistaxis puissent faire déjà soupçonner la localisation rénale de la maladie, il faut cependant de nouvelles preuves qui permettent d'affirmer ce diagnostic, et ces symptômes, qui sont absolument caractéristiques, sont la douleur lombaire et l'apparition des urines brightiques.

La douleur lombaire fait parfois défaut; mais cependant, dans les cas même où le malade n'accuse pas de douleur spontanée, la pression au niveau du rein provoque une sensation pénible; elle est bilatérale ou ne se montre, au contraire, que d'un seul côté. On a aussi signalé des douleurs plus ou moins vives dans les membres.

Nous avons vu que la présence de l'albumine dans les urines était un des symptômes les plus constants de la dothiénentérie; Gubler la considère même comme plus constante que celle de l'indican et, après l'avoir constatée, il n'a pas craint d'affirmer le diagnostic de fièvre typhoïde au début, dans des cas où l'hésitation était permise entre cette maladie, un embarras gastrique fébrile ou une simple courbature. Ce seul signe ne suffit donc pas pour constituer une forme rénale de la maladie; il faut, pour cela, que cette albumine présente des caractères spéciaux que nous allons étudier.

L'albumine qui se rencontre dans tous les cas est simple-

ment due à une congestion du rein; elle est essentiellement passagère et n'offre aucune gravité. Dans la forme rénale de la fièvre typhoïde, au contraire, ce trouble dans la sécrétion urinaire reconnaît une cause plus profonde, une lésion anatomique du rein, une néphrite, en un mot, qui en assombrit singulièrement le pronostic.

Est-il un moyen pour reconnaître ces deux variétés d'albumine? Après les procédés indiqués par Semmola (Académie de Médecine 1867), par Icery, qui ont l'inconvénient de réclamer des manipulations assez compliquées, c'est M. Bouchard qui, commençant par l'étude de la néphrite typhoïde ses belles recherches sur les néphrites infectieuses, a donné le moyen le plus pratique pour séparer l'albumine brightique de celle qui est due à un simple trouble circulatoire. Voici le procédé qu'il emploie : «On chauffe jusqu'à ébullition une urine dans laquelle on a reconnu la présence de l'albumine par l'acide nitrique ou l'acide picrique. Deux cas peuvent se présenter : tantôt il se forme des flocons qui se rétractent, chassant l'eau qu'ils contiennent et venant par le repos se collecter au fond du tube à expérience; tous ne sont pas de même grosseur et varient depuis la fine granulation qu'on ne distingue qu'à un vif éclairage, jusqu'aux flocons volumineux qui gagnent rapidement le fond. C'est l'albuminurie massive, le précipité cailleboté. Tantôt, au contraire, le précipité reste en suspension, sans trace de granulation; le liquide est opalescent (1).» C'est la première variété de ces albumines qui indique seule une lésion rénale. M. Bouchard a démontré depuis que sa présence dans la fièvre typhoïde, toujours liée à une néphrite constatée à l'autopsie, coïncidait toujours avec l'existence dans l'urine et dans le sang de bactéries caractéristiques. Dans 65 cas de fièvre typhoïde, cet

(1) Didion. Th. de Paris 1883, p. 13.

auteur a constaté 21 fois l'albumine rétractile, et l'urine, recueillie et examinée avec des précautions spéciales, a toujours renfermé en grand nombre des bactéries dont les dimensions n'excèdent pas 1 μ. Sur ces 21 cas, l'autopsie, pratiquée 9 fois, a montré la présence d'une néphrite très nette. Lorsque, dans les cas suivis de guérison, l'albumine perdait son caractère rétractile et ne donnait plus à l'urine qu'un aspect opalescent, les bactéries ne se rencontraient plus dans ce liquide.

On a donc maintenant la preuve bien nette de l'existence d'une forme rénale de la dothiénentérie, forme rénale dans laquelle la lésion matérielle du rein est liée au passage des bactéries spéciales à travers cet émonctoire. Mais ce n'est pas là la seule voie que puissent suivre ces microbes, et on les rencontre parfois dans le pus de pustules d'ecthyma ou au sein d'autres éruptions cutanées qui s'observent assez souvent au décours de la maladie.

La présence de l'albumine rétractile dans les urines n'est pas la seule caractéristique de la forme qui nous occupe, et A. Robin a donné, sous le nom de syndrome urologique, l'ensemble des particularités que présente cette urine.

Sa quantité est d'environ 1125 c. c.; elle est par conséquent moindre qu'à l'état normal, mais cependant cette diminution n'atteint pas le degré que l'on observe dans d'autres formes mortelles de la maladie. Robin (1) a cependant cité le cas d'un malade chez lequel l'anurie était presque complète, et néanmoins ce malade guérit: c'est lui qui servit de point de départ à l'étude sur le jaborandi, dont nous avons déja parlé. Chez le sujet dont l'histoire est rapportée dans l'observation II, ce symptôme fut, au contraire, très marqué et cette dimi-

(1) A Robin, *loc. cit.*, p. 157

nution excessive dans la sécrétion urinaire persista jusqu'à la mort du malade.

La couleur de l'urine rappelle celle du bouillon de bœuf, son odeur est fade et analogue à celle du pain bouilli, sa densité n'excède pas 1019. Enfin, l'urine contient des sédiments dont l'étude présente un grand intérêt.

La présence du sang est loin d'être rare, et l'examen microscopique d'une urine de typhoïsant permet souvent de constater la présence de globules rouges plus ou moins altérés et qui donnent aux sédiments une coloration rougeâtre plus ou moins prononcée. L'hémoglobine dissoute peut aussi s'y montrer indépendamment des globules rouges; le pigment noir et les masses grenat sont beaucoup plus rares. La plus grande fréquence des éléments sanguins s'observe dans les cas mortels, où on les rencontre dans les sédiments dans 54 % des cas, et dans les urines dans 22 %. Ce sang provient de la congestion rénale et passe surtout aux périodes d'augment et d'état de la maladie. Aussi la présence du sang ne permet-elle pas d'affirmer l'existence d'une fièvre typhoïde à forme rénale; mais, dans cette forme, les urines ont tous les caractères de l'urine brightique et contiennent par conséquent du sang.

Les cylindres s'observent surtout dans les cas mortels (30 % des cas dans les sédiments, 12 % dans les urines). Ils sont presque toujours granulo-graisseux à un très haut degré et ils contiennent des globules sanguins ou des masses pigmentaires. Ils sont presque caractéristiques de la forme rénale s'ils sont accompagnés de pus, de sang, d'une forte proportion d'albumine, s'ils sont assez abondants pour prendre une part notable à la constitution des sédiments.

Ces sédiments sont constants et ils sont, par ordre de fréquence, des globules rouges et de l'hémoglobine, des glo-

bules blancs, des cylindres, de la graisse ou enfin d'autres principes beaucoup plus rares.

Pour examiner les sédiments, Renaut conseille de les colorer d'abord avec le picro-carminate d'ammoniaque: on observe alors des cylindres colloïdes plus ou moins nombreux, cassants, translucides, se colorant en rose par le carmin; des cylindres muqueux ne se colorant pas par ce réactif; des cylindres formés par le revêtement épithélial des tubes excréteurs; des cylindres granuleux qui sont le résultat de la desquamation des épithéliums striés des tubes contournés ou d'union à la suite de la tuméfaction, trouble de ces épithéliums. On y rencontre enfin des cellules libres provenant du revêtement des tubes excréteurs.

Enfin, comme nous l'avons déjà dit, ces sédiments contiennent des globules du pus, souvent en assez grande abondance.

L'urée est légèrement diminuée, surtout à la période de défervescence; l'acide urique peut être doublé ou triplé.

A quel moment apparaît l'albumine dans les urines des typhiques?

On peut, avec Didion, Labadie-Lagrave, diviser les faits en deux catégories: dans la première, l'albumine a été constatée dans le premier septenaire ou au commencement du second; dans la deuxième, la néphrite n'est apparue que dans un temps plus ou moins éloigné du début de la maladie et a pu déterminer des accidents graves ou même mortels après des fièvres typhoïdes qui n'avaient pas été marquées tout d'abord par une gravité bien particulière.

La forme précoce (1) comprend: 1° la variété commune dont les symptômes diffèrent peu de la fièvre typhoïde ordinaire; 2° la variété hémorrhagique décrite par A. Robin.

(1) Labadie-Lagrave, Urologie clinique et maladies des reins 1888, p. 641.

§ I. Variété commune de la fièvre typhoïde à forme rénale.

La variété commune est celle que nous avons surtout décrite jusqu'ici; ajoutons qu'on observe souvent un certain degré de bouffissure de la face et un peu d'œdème des malléoles. Mais ce qui frappe, c'est le délire et l'exagération des phénomènes nerveux qui coïncident toujours avec l'apparition de l'albumine: ces caractères se retrouvent dans la plupart des cas rapportés par les auteurs et le délire est tantôt calme, tantôt furieux. Cette complication jure souvent avec la bénignité des symptômes de début; en même temps la langue devient sèche, rôtie, dépouillée de son épithélium. Cet aspect de la langue précède quelquefois d'un jour l'apparition de l'albumine: il n'a jamais fait défaut dans les cinq observations de Legroux et Hanot (1) recueillies à la Pitié dans le service de Lasègue. Dans ces cas, l'albumine se montra le 15e, le 18e, le 6e, le 19e jour de la maladie. Il est vrai qu'il est souvent difficile de fixer d'une manière exacte le début d'une dothiénentérie.

Enfin, il est une autre complication fréquente: c'est l'apparition de manifestations cutanées diverses. De Santi (*Tribune Médicale* 1880), Amat, Legronx et Hanot, Millard, Puitg, Bouchard, Robin, Didion ont cité des exemples de pustules, d'ecthyma, de furoncles, d'eschares, d'ulcérations du lobule du nez, de la langue, du pied, du prépuce, etc.

Nous avons vu que M. Bouchard avait pu retrouver des bactéries spéciales dans le contenu de ces pustules.

Tels sont les symptômes de la fièvre typhoïde rénale commune: elle comprend tous les degrés intermédiaires entre la fièvre typhoïde vulgaire normalement accompagnée

(1) Obs. d'albuminurie dans la fièvre typhoïde. *Arch. gén. de Médecine.* Décembre 1876.

d'albuminurie et les formes plus graves où le rein est fortement lésé. Le pronostic, toujours plus sombre, doit être d'autant plus réservé que les manifestations rénales sont plus marquées.

A côté de cette forme se place la variété à laquelle A. Robin a donné le nom de forme hémorrhagique. Nous avons vu que de même que l'albumine se retrouvait chez tous les typhoïsants, de même la présence des éléments du sang dans les urines était loin d'être exceptionnelle. Ce ne sera donc encore ici qu'une question de degrés à observer, et pour que la forme hémorrhagique soit caractérisée, il faudra que le sang teinte fortement les urines et donne aux sédiments une coloration plus ou moins rougeâtre. Cette forme diffère peu de la précédente, et c'est à elle surtout que se rattache le syndrome urologique que nous avons donné. Les épistaxis, les hémorrhagies de toute nature sont aussi souvent liées à l'hématurie; c'est à elle que se rattache notre observ. I (inédite). Quant au mécanisme de cette hémorrhagie, Robin l'attribue à la congestion énorme des reins: cette explication est surtout admissible pour les cas, nombreux il est vrai, où l'on trouve à l'autopsie les reins gros et congestionnés. Lorsqu'au contraire ceux-ci sont trouvés pâles et peu augmentés de volume, il faudra peut-être admettre, avec Murchison, que la cause réside dans la composition du sang lui-même.

Observation 1 (inédite).

Fièvre typhoïde à forme rénale hémorrhagique. — Hématurie au 8e jour. — Epistaxis fréquentes. — Aspect brightique. — Mort au 34e jour.

Ser....., sapeur conducteur au 2me génie, entre à l'hôpital Saint-Éloi, service de la clinique médicale, le 27 juillet

1887 ; il est couché au N° 3, puis au N° 6 de la salle Saint-Charles.

Ce malade ne présente rien de particulier du côté de ses antécédents, si ce n'est une fièvre typhoïde qu'il aurait eue quatre ans auparavant.

Il est, dit-il, fatigué depuis cinq ou six jours ; il a de la céphalalgie, du brisement des membres, de la constipation qui a nécessité l'emploi d'un purgatif ; entré à l'infirmerie le 27 matin, il en est sorti quelques heures après avec le diagnostic de fièvre continue. Le soir T. 39°1.

28 juillet. T. m. 39°2, s. 39°5. P. m. 92, s. 96. Céphalalgie, langue large, saburrale, rouge aux bords et à la pointe.

29. T. m. 39°. P. 80. Constipation, douleur diffuse dans l'abdomen, plus marquée dans la fosse iliaque droite ; douleur assez vive à la nuque. *Les urines*, qui renfermaient hier des traces d'albumine, *sont fortement colorées en rouge. Taches rosées.*

Prescription : un verre d'eau de Sedlitz. T. s. 39°3 ; P. 88.

30. T. m. 38°4, s. 40°1. P. m. 80, s. 80. Même état. L'examen des urines a décelé la présence d'une quantité assez notable *d'albumine* et de *globules rouges.*

31. T. m. 39°2. s. 39°3. P. m. 72. s. 88. Urines peu abondantes, de couleur normale, un peu troubles ; albumine rétractile.

1er août. T. m. 38°4, s. 39°8. P. m. 72, s. 68.

2. T. m. 37°6, s. 39°8. P. m. 72, s. 72. Même aspect des urines.

3. T. m. 38°6, s. 39°4. P. m. 68, s. 80.

4. T. m. 38°1, s. 39°3. P. m. 64, s. 80.

5. T. m. 38°7, s. 38°9. P. m. 72, s. 88. Les urines contiennent toujours un peu d'albumine rétractile. La constipation a persisté les jours précédents, nécessitant l'emploi des

lavements laxatifs. Depuis deux jours, le malade accuse une douleur épigastrique à peu près constante.

6. T. m. 38°5, s. 38°9. P. m. 76, s. 76.

La face est pâle, un peu bouffie; la langue est sèche, sans enduit épais; 1 gr. d'albumine par litre d'urine.

7. T. m. 39°, s. 40. P. m. 84, s. 88. Deux bains à 33°.

8. T. m. 39°1, s. 39,8. P. m. 92, s. 88.

Météorisme stomacal et abdominal très marqué. La quantité d'albumine va en augmentant (1 gr. 40 par litre); les urines contiennent encore des globules rouges et des cylindres hyalins.

Un verre de Sedlitz.

9. T. m. 39°2, s. 39°4. P. m. 96, s. 92.

Urines pâles, un peu troubles, légèrement albumineuses; supprimer la médication antérieure. *Régime lacté.*

10. T. m. 39°5, s. 40°. P. m. 88, s. 96.

Les urines sont franchement hématuriques, peu abondantes (800 c. c. en 24 heures).

Le soir, le météorisme abdominal est très marqué; le tympanisme stomacal s'est étendu en haut. L'espace semi-lunaire est agrandi par suite de la dilatation stomacale. Le malade a vomi. *Epistaxis.*

11. T. m. 40°, s. 40°7. P. m. 88, s. 96.

Même état, nouveaux vomissements. *Epistaxis.*

12. T. m. 39°8, s. 40°2. P. m. 104, s. 104.

Epistaxis, *Muguet.* L'état général est mauvais; adynamie extrême; langue sèche; râles sous-crépitants et obscurité de la respiration aux deux bases.

Inhalations d'oxygène. Potion à l'ergotine.

13. T. m. 39°6, s. 40°3. P. m. 104, s. 112.

Urines peu abondantes (950 c. c.), *hématuriques*, albumineuses (2 gr. 30 c. par litre). Muguet. *Epistaxis.*

14. T. m. 39°2, s. 39°8. P. m. 112, s. 120. R. 40.

15. T. m. 39°1, s. 39°2. P. m. 112, s. 112.

Constipation persiste.

16. T. m. 38°7, s. 39°5. P. m. 112, s. 112.

Le malade a déliré pendant la nuit. Le matin, il est plus calme. La respiration est fréquente (40), irrégulière. *Bruit de galop.*

17. T. m. 38°7, s. 39°1. P. m. 108, s. 120.

Le délire a reparu. Les urines présentent toujours le même aspect et la même teneur en albumine.

Caféine, 50 centigrammes.

18. T. m. 38°6, s. 39°3. P. m. 112, s. 120.

L'abdomen est un peu moins tendu. Les urines sont beaucoup plus abondantes (1800 c. c.) et peu colorées. Le malade a pris quatre litres de lait dans les 24 heures.

Continuer la caféine aux mêmes doses et les inhalations d'oxygène.

19. T. m. 38°5, s. 39°4. P. m. 108, s. 120.

Les urines sont très abondantes (3 litres), peu colorées. Le ventricule gauche est notablement hypertrophié. La pointe du cœur bat à un travers de doigt au-dessous du mamelon.

Caféine, 75 centigrammes.

20. T. m. 38°4, s. 39°1. P. m. 120, s. 136. Urines abondantes, non colorées en rouge, renfermant peu d'albumine.

Le soir, la respiration s'accélère; râles de congestion généralisés.

12 ventouses sur la région thoracique; caféine, 1 gr.

21. T. m. 38°6, s. 39°5. P. m. 140, s. 140. R. 40.

Le matin, l'état s'est brusquement aggravé. Le délire, calme jusqu'ici, est devenu constant et violent. Jactitation, carphologie. Les urines sont encore abondantes, mais le malade n'a pas conscience de leur émission.

Sinapismes aux membres inférieurs, vésicatoire ammoniacal à la nuque.

Le soir, cet état ne s'est pas amélioré. Le délire et la carphologie persistent, ainsi que la dyspnée. Le pouls est très irrégulier, incomptable. Par l'auscultation du cœur, on arrive difficilement à compter le nombre des contractions ventriculaires. Sueurs profuses.

22. M. T. 40°3. P. 140. Même situation qu'hier soir.

Soir T. 39°9. P. incomptable.

23. M. T. 40°8. Les signes stéthoscopiques sont demeurés stationnaires; cependant, la dyspnée est très intense (60 R). Sueurs. Plus de jactitation, mais torpeur invincible et soubresauts des tendons. C'est l'agonie qui, commencée la veille, se termine, deux heures après la visite, par la mort.

Autopsie— Faite par M. le Professeur Kiener. Outre les lésions habituelles de la dothiénentérie, on trouve les reins congestionnés, volumineux, de coloration violacée. L'examen microscopique des pièces n'a pu être fait.

L'observation que nous rapportons est intéressante à commenter. Elle nous montre une fièvre typhoïde qui, dès le commencement du second septenaire (8e jour), prend manifestement la forme hémorrhagique le jour même où se montrent les taches rosées. Les urines demeurent albuminuriques et hématuriques pendant près d'une semaine, puis elles deviennent pâles, avec une quantité d'albumine croissante, pour redevenir, après deux jours, fortement hématuriques. En même temps, le malade a plusieurs épistaxis, et les symptômes intestinaux classiques sont remplacés par des symptômes gastriques (dilatation stomacale, tympanisme, douleur épigastrique, nausées et vomissements), en sorte que l'état des fonctions rénales occupait, vers le commencement du troisième septenaire, le premier plan de la scène pathologique. A partir de ce moment, les épistaxis se répètent abondantes; la langue est sèche, comme dans la plupart des

cas où existe la complication rénale. Les urines ne cessent pas de contenir des globules rouges en abondance, tandis que l'albumine se dose par 2 gr. 30 (par litre); pendant ce temps, la constipation persiste. Bruit de galop.

Nous le répétons, c'était bien là plutôt le tableau d'une néphrite que d'une fièvre typhoïde, et la complication rénale devenait la source de l'indication capitale. C'est pourquoi la médication prescrite fut: régime lacté, inhalations d'oxygène, caféine.

Grâce à cette médication, un mieux sensible, mais peu durable, se produisit. Les urines augmentèrent rapidement d'abondance, en même temps que l'état général s'améliorait et que la température axillaire diminuait d'une façon sensible; mais ce n'était là qu'une amélioration trompeuse. La fièvre typhoïde, que les manifestations rénales avaient masquée pendant plus de deux septenaires, reparaissait, soudainement aggravée. Le délire, assez calme auparavant et transitoire, devenait violent et permanent. Le pouls, qui n'avait pas subi dans sa fréquence la même décroissance que la fièvre, devenait très fréquent et bientôt incomptable, comme dans la plupart des cas mortels. Enfin, la température s'élevait de nouveau, et le malade succombait non pas de la lésion rénale, mais de l'aggravation de l'état général ataxo-adynamique.

§ II.

Le second groupe de fièvres typhoïdes à forme rénale comprend les cas où la fièvre typhoïde, après une longue période pendant laquelle elle aprésenté une marche normale, offre tout à coup de nouvelles complications. Il comprend ce que les auteurs ont décrit sous le nom de forme urémique.

Griesinger (1), témoin d'accidents de ce genre, recom-

(1) Trad. française de Vallin, éd. 1877.

mandait d'apporter son attention sur la sécrétion urinaire, et il croyait possible la transformation de la néphrite typhique en une véritable maladie de Bright: «L'albuminurie, dit-il, survenant pour la première fois à une période avancée, dans la quatrième ou la cinquième semaine, est d'un pronostic défavorable: ou elle accompagne une complication grave, telle qu'une pneumonie, ou elle forme le début d'une véritable maladie de Bright. C'est alors une maladie consécutive qui, presque toujours, conduit à la mort au milieu des symptômes connus.»

Parkes pense qu'une certaine augmentation d'urée peut se faire dans le sang au lieu de s'éliminer par les urines, et estime que, dans bien des cas, cette accumulation peut être attribuée à l'altération anatomique des éléments du rein.

Piorry avait voulu voir dans ces faits une infection purulente produite par les ulcérations intestinales, mais Murchison combat cette opinion et voit, en ces phénomènes, de l'urémie.

Chedevergne (1) rapporte l'histoire de deux malades qui présentèrent des urines fortement albumineuses, et furent pris d'accidents urémiques; ils guérirent malgré cette complication.

Legroux et Hanot, qui citent Griesinger, ne veulent pas encore se prononcer sur la nature de ces accidents: «De même, disent-ils, qu'il serait hasardeux de vouloir établir ici une forme rénale de la fièvre typhoïde, il serait inexact de ne pas attribuer un des premiers rôles à l'altération des reins dans la pathogénie des accidents que nous avons retracés.» Ils ajoutent ensuite qu'ils se garderaient bien d'insinuer que l'on pourrait reconnaître, dans la coïncidence des phénomènes graves et des modifications de l'urine, un empoisonnement urémique secondaire.

(1) Th. Paris, 1864.

Sans pousser la réserve aussi loin, on peut dire avec Didion : « Sans vouloir attribuer la douleur, la stupeur, le délire, l'adynamie qui se rencontrent dans tous les cas de fièvre typhoïde à forme rénale à l'urémie, nous pouvons cependant reconnaître le rapport qui existe entre ces phénomènes et l'albuminurie. »

Cependant, la désignation de forme tardive attribuée à ces cas ne nous semble point absolument nécessaire, et l'appellation de forme urémique nous paraît beaucoup plus justifiée. Nous croyons, en effet, que les accidents urémiques peuvent se montrer dès le début, et masquer complètement les symptômes de la dothiénentérie.

La forme urémique, généralement décrite par les auteurs, emprunte surtout son nom aux accidents éclampsiques, si dramatiques au moment de leur apparition, et qui peuvent entraîner la mort dès les premiers accès. Mais, de même que l'urémie vulgaire peut frapper, suivant les cas, les divers appareils de l'économie, de même aussi la forme urémique de la fièvre typhoïde peut se manifester par des troubles autres que les troubles cérébraux. Notre observation II (inédite) est un exemple fort net du type gastro-intestinal, et comme, de plus, les accidents se sont manifestés dès le début de la maladie, nous croyons pouvoir lui consacrer un paragraphe spécial, où nous l'étudierons sous le nom de «forme urémique précoce.»

Bien que le mot de fièvre typhoïde à forme rénale ait été prononcé dès le début, on conviendra que, dans cette observation si instructive, les signes de la dothiénentérie ont été singulièrement masqués par ceux de la complication rénale.

FORME URÉMIQUE PRÉCOCE.

A côté de la forme urémique des auteurs, principalement caractérisée par des phénomènes cérébraux, nous rapportons une observation très intéressante, peut-être unique dans les annales médicales, d'une dothiénentérie revêtant, dès le début, la forme urémique et contrastant, par suite, avec la forme classique qui est tardive. Quant à la nature même des accidents urémiques, ils ont consisté uniquement en phénomènes gastriques tellement nets et tranchés, que toute autre manifestation de la fièvre typhoïde avait disparu, et que l'on était fatalement amené à porter le diagnostic d'urémie gastrique. Voici, d'ailleurs, cette observation.

Observation II (inédite).

Fièvre typhoïde à forme rénale. — Dès le début, albuminurie et anurie. — Silence absolu des symptômes de la dothiénentérie. — Mort. — Autopsie. — Ulcérations très étendues des plaques de Peyer. — Hémorrhagie intestinale. — Néphrite mixte.

D..., 22 ans, entre, le 11 février 1888, à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Eloi, service de M. le professeur Combal, suppléé par M. le professeur Regimbeau, salle S^{t}-Vincent, N° 28.

C'est un garçon d'aspect assez frêle, de tempérament lymphatique, très névrosé, qui, après avoir dissipé une fortune assez considérable, a dû embrasser, pour vivre, la carrière fatigante d'artiste de café-concert. Il s'est livré, ces temps derniers, à des excès de travail, faisant des orchestrations tous les soirs après la représentation. Rien de particulier du côté des antécédents héréditaires. Comme antécé-

dents personnels, nous ne relevons, à part des excès de tout genre, que des fièvres intermittentes ayant duré 15 jours, à l'âge de 15 ou 16 ans ; une bronchite il y a 3 ans, bronchite au cours de laquelle l'application d'un vésicatoire provoqua l'apparition d'une cystite assez violente. Quelques blennorrhagies (?) légères.

Il y a quinze jours environ, D... se sentit un peu fatigué, sans pouvoir préciser la nature du malaise qu'il éprouvait. Huit jours après, se déclarait une bronchite aiguë, pour laquelle on lui administra un ipéca à dose vomitive.

Au moment de son entrée à l'hôpital, l'état du malade est le suivant : face pâle, muqueuses un peu décolorées, langue légèrement saburrale, nausées, quelques vomissements, un peu de diarrhée. T. 38°5 le soir. Pouls peu fréquent (76). Pas de taches rosées, pas de douleur iliaque. Légère céphalalgie. Insomnie, foie et rate augmentés de volume.

L'auscultation fait diagnostiquer une bronchite généralisée, peut-être plus intense aux sommets pulmonaires.

Une fois l'examen terminé, le malade déclare qu'il n'a pas uriné depuis trois jours, et que les dernières urines émises étaient fortement colorées, sanguinolentes. Cependant la vessie n'est pas distendue et le cathétérisme montre qu'elle est vide. La région lombaire n'est pas spontanément douloureuse, mais la pression y détermine une vague douleur. Il n'y a jamais eu de symptômes spéciaux de lésion rénale: pas de démangeaisons, pas de troubles visuels. D... se rappelle toutefois que, lorsqu'il était occupé à faire de la musique, il restait parfois plus d'une demi-journée sans éprouver le besoin d'uriner.

12 Février. Le malade a rendu, pendant la nuit, environ 40 centimètres cubes d'une urine boueuse et très foncée. L'examen y a fait découvrir la présence d'une quantité très grande d'albumine et de nombreux globules rouges, ainsi

que des tubuli. Les vomissements ont persisté; ils persistent encore dans la journée; ils sont liquides, grisâtres et assez abondants, non précédés de nausées.

Le lait, qui avait été prescrit la veille au soir, n'est pas toléré; le malade ne peut supporter que la limonade gazeuse.

Mêmes signes du côté des bronches. Diarrhée.

La vessie est vide.

Le soir, épistaxis abondante, qui cesse cependant spontanément.

T. M. 38°, s. 38°5.

Potion au perchlorure de fer.

13. Matin. Le malade a peu dormi. L'intelligence est parfaitement conservée. Pas de miction depuis la veille; la vessie cependant est vide.

T. 39°5. P. 80.

M. le Dr Sarda, chef de clinique médicale, qui fait la visite en l'absence de M. Régimbeau, malade, après avoir discuté les diverses hypothèses possibles, s'arrête à l'idée d'une fièvre typhoïde à forme rénale, et prescrit 50 centigrammes de naphtaline et 1 gr. 50 de poudre de charbon en quatre cachets, en même temps que des frictions térébenthinées sur la région lombaire. Lait.

Soir. Épistaxis peu abondante. Le malade rend quelques cuillerées d'une urine semblable à celle de la veille. Une seule selle diarrhéique depuis hier soir. T. 38°5. Dans la soirée, le malade urine environ un demi-verre, qui se perd sur le sol.

L'intelligence est intacte, mais le malade est énervé et inquiet; il a bu un pot de lait glacé et n'a pas vomi.

14 Février. Un peu de sommeil cette nuit; quelques gouttes d'urine ce matin. Les cachets de poudre de charbon sont vomis; deux selles décolorées dans la journée. On

prescrit 1 gramme de naphtaline en huit cachets, la poudre de charbon est continuée. Le soir, épistaxis légère.

15 Février. Les urines sont aussi rares que la veille; les vomissements ont diminué, selles blanchâtres, mais moins fétides depuis l'emploi de la naphtaline. Mêmes prescriptions qu'hier : on y ajoute une potion avec 1 gr. 50 d'extrait de convallaria.

16 Février. L'état est à peu près stationnaire. 100 gram. d'urine environ dans les vingt-quatre heures.

17. Le convallaria est continué; 1 gr. de charbon et 1 gr. 50 de naphtaline en 12 cachets. L'état nerveux est toujours très marqué, mais il n'y a pas de délire.

Tous les cachets sont vomis; vomissements verdâtres très fréquents; le champagne frappé n'est pas supporté. Tous ces jours-ci, la température axillaire oscille toujours entre 38°5 et 39°4. Le pouls est régulier et se maintient comme les jours précédents aux environs de 80.

18. Un peu plus d'urine que la veille; elle est moins boueuse, mais contient toujours une énorme quantité d'albumine, de tubuli et de globules rouges. Quatre ventouses sèches à la région lombaire; lavement simple suivi de l'administration d'un quart de lavement contenant 1 gramme de naphtaline. La peau des avant-bras paraît froide au toucher. T. s. 38°.

19. Le pouls est très faible, petit, dépressible et ne bat que 64 fois. Il est émis 250 gram. d'urine dans les vingt-quatre heures, les vomissements verdâtres persistent.

20. Le malade est plus abattu que les jours précédents: pas de sommeil, intelligence intacte. Aucune boisson n'est supportée et les vomissements sont toujours verdâtres. Hypothermie marquée et le thermomètre ne s'élève que difficilement à 35°5. On prescrit trois inhalations d'oxygène et deux injections hypodermiques de 0 gr. 25 de caféine.

Le pouls est régulier à 60. Le soir, après les deux injections, il est encore à 64.

21. L'hypothermie persiste; le malade accuse, depuis hier, une sensation pénible de poids sur la poitrine: on continue les injections de caféine; mais, pour calmer l'énervement du malade qui est très prononcé aujourd'hui, on lui administrera un lavement contenant 4 gram. de bromure de potassium et 2 gram. de chloral. Il n'y a pas eu de miction: bain à 33° avec 500 gram. de gélatine et 100 gram. de bicarbonate de soude. Vomissements verdâtres, une selle diarrhéique décolorée.

22. La nuit a été mauvaise; l'agitation a fait place, ce matin, à un abattement profond; cependant on obtient encore des réponses précises et l'on continuera les prescriptions d'hier. Pas de miction. T. m. 35°. Au moment d'administrer le bain, le malade est en pleine agonie, et il meurt le jour même à midi

Autopsie. — L'autopsie est faite par M. le professeur Kiener, le 23 février, vingt-deux heures après la mort. Le corps est en rigidité cadavérique.

Poumons. — A l'ouverture du thorax, les muscles paraissent d'un rouge foncé; le cœur est normal et le péricarde ne contient qu'une cuillerée de liquide citrin. Adhérences légères et peu résistantes au niveau de la plèvre droite, quelques adhérences plus fortes à la base gauche. Les sommets sont sains, pas de pus dans les bronches; mais les poumons sont remarquablement rosés et l'on constate un petit foyer de broncho-pneumonie à la base gauche. Les ganglions bronchiques sont un peu tuméfiés et noirâtres.

Cœur. — Le cœur est vide et pèse 240 gr. Les valvules sont saines, les parois sont intactes et résistantes.

Foie. — Le foie dépasse un peu le bord des fausses côtes ; son poids est de 1,870 gr. Il est un peu congestionné, mais n'offre rien de particulier; la vésicule est gorgée de bile, le canal cholédoque n'est pas obstrué.

Tube digestif. — L'estomac est petit et contient un peu de liquide jaune-verdâtre; sa muqueuse présente quelques suffusions sanguines, mais n'est point ulcérée; sa coloration est brunâtre.

La partie supérieure du tube digestif est normale ; mais, un peu plus bas, cet organe présente une coloration noirâtre lie de vin, qui s'étend jusqu'à son extrémité. Un peu d'exsudation hépatique dans le petit bassin. Les ganglions mésentériques sont tuméfiés, rouges et ramollis. Il n'y a pas de péritonite, mais une forte hypérémie du péritoine. En ouvrant l'intestin grêle, il s'en échappe un liquide filant rouge-noir, rappelant l'aspect du goudron de houille.

Ce liquide se rencontre sur une longueur de plus de 3 mètres à la partie inférieure de l'intestin grêle et il remplit tout le gros intestin. La paroi de l'intestin grêle est fortement congestionnée, présente une vascularisation exagérée et l'on trouve, en outre, des lésions manifestes des plaques de Peyer ; à côté de petites ulcérations très nombreuses, on aperçoit, vers l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, des plaques de Peyer ulcérées ; les trois ou quatre plus grosses ont les dimensions d'une pièce de 2 fr. et toute l'extrémité de cette portion du tube digestif, jusqu'à la valvule iléo-cœcale, est occupée par une énorme ulcération.

Le gros intestin présente à sa partie supérieure une infil-

tration interstitielle considérable, mais point d'ulcération ; plus loin, on peut hésiter entre l'infiltration interstitielle ou la simple imbibition. Il est rempli par le même liquide que nous avons trouvé dans l'intestin grêle.

Rate. — La rate est volumineuse, un peu ramollie.

Reins. — Le rein droit est volumineux, il pèse 280 gr. et offre une coloration rouge foncé, violacé ; il est lisse, à peine bosselé ; la capsule n'est pas adhérente, sauf en un point limité qui répond probablement à une lésion ancienne. Il est flasque et se laisse facilement inciser. A la coupe, le parenchyme paraît ramolli et est d'une couleur rouge-violacé. La substance médullaire se distingue difficilement de la substance corticale et la congestion est encore plus marquée sur la zone qui correspond à l'épanouissement des pyramides. La saillie des glomérules est peu nette.

Le rein gauche présente exactement les mêmes caractères, et il pèse 325 gr.

Vessie. — La vessie est rétractée, contient quelques cuillerées d'urine boueuse et présente quelques points hémorrhagiques.

Œil. — L'œil est normal.

Examen histologique. — M. le Professeur Kiener a bien voulu nous montrer les préparations histologiques qu'il a faites du rein de notre malade. Les lésions observées constituent une néphrite mixte avec prédominance de la néphrite interstitielle.

On observe d'abord sur certains groupes de tubes une hémorrhagie abondante qui les distend d'une manière nota-

ble. Le sang se rencontre sur tous les divers points du tube, depuis le glomérule jusqu'aux pyramides. Au niveau où s'est produite l'hémorrhagie, l'épithélium est aplati et devient presque linéaire; dans l'intérieur, on observe quelques cellules libres desquamées, mais ayant encore conservé leur noyau; dans certains des glomérules, le sang refoule le bouquet vasculaire et remplit plus ou moins la capsule de Bowmann.

Les autres lésions parenchymateuses sont les suivantes: les tubuli ont en général conservé leur épithélium; mais tandis qu'en plusieurs points les cellules ont conservé leur noyau très net, il en est d'autres où ceux-ci ont disparu. On voit partir des cellules de petites sphères hyalines, les unes restant encore adhérentes aux cellules qui les sécrètent, les autres déjà isolées dans la lumière du tube. Sur une coupe transversale d'un tube, il n'est pas rare de voir la plupart des cellules privées de leurs noyaux et ayant subi la nécrose de coagulation de Weigert. D'autres cellules présentent, au contraire, un noyau volumineux en voie de prolifération; d'autres, enfin, contiennent déjà deux noyaux. On dirait que l'agent pathogène, qu'il soit la bactérie elle-même ou un produit de sa sécrétion, a agi en quantité variable sur les cellules, produisant ici une simple irritation, là une nécrose complète (Kiener).

Les bouquets glomérulaires présentent une prolifération de leur épithélium, ainsi que l'endothélium des capsules de Bowmann.

Enfin, sur quelques points, on observe une augmentation de volume des cellules, telle qu'on l'observe dans le gros rein-blanc.

La néphrite interstitielle est caractérisée par une prolifération considérable du tissu conjonctif qui sépare les tubes; il contient des leucocytes et des cellules conjonctives nom-

breuses. C'est à cette augmentation que le rein doit en grande partie son volume considérable. Autour de certains glomérules, cette prolifération conjonctive va jusqu'à la sclérose et celle-ci est assez prononcée pour étouffer le glomérule qu'elle entoure.

On le voit, tout, chez ce malade, contribuait à faire écarter le diagnostic de fièvre typhoïde, puisque, dès les premiers jours, l'hématurie et l'anurie étaient les symptômes les plus saillants. Plus tard (quelques jours après l'entrée à l'hôpital), les vomissements jaunâtres ou verdâtres, liquides et faciles que présenta le malade, indiquaient qu'il s'agissait de la forme gastrique de l'urémie. Enfin, le pouls, la température, tous les symptômes, en un mot, étaient opposés à l'idée d'une dothiénentérie.

«Dans la néphrite chronique, où l'urémie gastrique est d'observation journalière, dit Lancereaux (1), l'apparition de vomissements est précédée d'inappétence. Il se produit du dégoût pour certains aliments, en particulier pour la viande; puis surviennent les vomissements. Rarement précédés de nausées, ils sont faciles, exigent peu d'efforts et ont souvent l'apparence des vomissements en fusée, comme dans les affections cérébrales et méningitiques. Ils ne sont pas alimentaires, et jamais le malade ne rend beaucoup de liquide à la fois: un demi-verre, un quart de cuvette tout au plus. Les matières vomies sont liquides, grisâtres, semblables à du bouillon trouble et sale, quelquefois légèrement verdâtres, mais non porracées, comme dans la péritonite. Ces caractères sont toujours les mêmes, et, quand on les connaît, il suffit de voir un de ces vomissements pour être invinciblement porté à soupçonner l'urémie...»

N'avions-nous pas raison de dire que nous étions en pré-

(1) Lancereaux. Les troubles digestifs de l'urémie, *Union médicale*, 1er mars 1887.

sence d'une urémie gastrique ? et avait-on des exemples de cas semblables observés chez des dothiénentériques ?

Nous avons déjà dit que, pour les auteurs qui se sont occupés de cette question, la forme urémique de la fièvre typhoïde est tardive. Dans cette forme, les accidents urémiques convulsifs ou paralytiques surviennent lorsque le diagnostic est fait depuis longtemps déjà, lorsque l'on a vu la maladie primitive évoluer pendant deux septenaires et plus. Ici, c'est d'emblée que s'observent les accidents urémiques, et ils sont gastriques. Nous proposons, pour ce cas, la dénomination de *forme à urémie gastrique précoce.* Et, en réponse à la question que nous formulions tout à l'heure, nous ajouterons que la littérature médicale ne nous a offert qu'un cas se rapprochant un peu du nôtre, et que nous reproduisons textuellement:

«Il y a peu de jours, dit Lancereaux dans la leçon que nous avons citée, nous nous sommes arrêté dans la salle, auprès d'une jeune femme atteinte de fièvre typhoïde, et dont le crachoir était à demi rempli d'un liquide verdâtre qu'elle venait de rendre par la bouche. Reconnaissant dans ce liquide les caractères du vomissement urémique, je fis immédiatement procéder à l'examen de l'urine qui contenait des flots d'albumine. La malade accusait, en outre, une céphalée et une dyspnée à physionomie bien spéciale. Il s'agissait, en effet, de troubles urémiques, dus sans doute à une poussée de néphrite épithéliale, complication assez fréquente de la fièvre typhoïde. Il surgissait là une indication thérapeutique formelle, et, grâce à quelques pilules diurétiques, aidées du régime lacté et de lavements purgatifs, la malade guérit sans encombre.»

L'auteur que nous venons de citer ne commente pas autrement cette observation, qui diffère notablement de la nôtre, en ce sens que les symptômes d'urémie gastrique sont apparus au cours d'une fièvre typhoïde classique. Mais elle

s'en rapproche par l'existence même de ces phénomènes. Peut-être bien, les faits de ce genre ne sont-ils pas extrêmement rares, et il faudra toujours, chez les dothiénentériques à vomissements fréquents, se rappeler qu'il peut s'agir d'urémie.

Notre observation est donc, nous le pensons, la première complète et précise.

D'autres considérations s'imposent à la lecture de ce fait singulier. Ainsi, la température n'est, à aucun moment, celle d'une fièvre typhoïde ; vers la fin, elle devient hyponormale ; le pouls demeure peu fréquent pendant toute la durée d'une maladie très grave. Les symptômes généraux se taisent presque complètement. En un mot, rien du tableau classique du tuphos.

Le diagnostic est donc incertain et entouré de difficultés, ce qui était une raison très légitime de publier cette observation.

Le pronostic est très grave, beaucoup plus grave que dans les formes tardives, que dans les autres formes rénales en général. La complication rénale s'oppose, en effet, ici, par la localisation gastrique des phénomènes urémiques, à l'absorption des médicaments introduits par les voies digestives supérieures.

Le traitement doit avoir un double but : combattre l'adynamie en même temps que la double intoxication, intoxication par les poisons contenus dans l'intestin, intoxication par les poisons urinaires.

La première indication est très difficile à remplir. L'estomac ne fonctionne pas ; l'intestin est peu propre à l'absorption. L'on se trouve donc absolument désarmé de ce côté.

La deuxième indication risque le plus souvent de demeurer inefficacement remplie. Elle consisterait dans l'emploi des antiseptiques intestinaux et des diurétiques. Le charbon

végétal, ce bon fixateur des produits toxiques colorants, ne peut guère être employé. On peut bien, comme cela s'est fait chez notre malade, administrer la naphtaline par la voie rectale ; mais il faut arriver aux doses fortes dès le début et continuer jusqu'à la fin. Le dernier moyen, le seul maniable, consiste dans l'emploi des diurétiques administrés par la voie hypodermique. La caféine est l'agent de cette dernière partie de la médication. Il va sans dire que le lait est, dans le cas particulier, le médicament absolument imposé.

DIAGNOSTIC. — MARCHE. — PRONOSTIC. — TRAITEMENT.

Le diagnostic de la forme rénale de la fièvre typhoïde est souvent difficile. Comme nous l'avons déjà dit, le délire précoce, la prostration, la bouffissure de la face, une pâleur terreuse des téguments, des températures plus élevées qu'aux périodes correspondantes d'une dothiénentérie ordinaire seront, pour le médecin, autant de signes en faveur de la forme rénale, mais il ne sera complètement éclairé que lorsqu'il aura fait l'examen des urines. Il ne faudra pas confondre le précipité albumineux peu abondant, donnant à l'urine une teinte opalescente et indiquant une simple congestion du rein, avec le précipité massif d'albumine rétractile annonçant, s'il s'accompagne de sang et de tubuli, une lésion anatomique de la glande, une véritable néphrite.

Le diagnostic devra se faire aussi avec une néphrite à frigore ou avec une maladie de Bright préexistant. Ce dernier cas est le moins commun, car il est rare que cette dernière affection évolue sans attirer l'attention du malade, et l'examen des antécédents lèvera généralement tous les doutes. Cependant, on a vu des cas où les deux affections avaient parucoïncider sans qu'il fût possible d'affirmer que l'une était la conséquence de l'autre.

Les formes urémiques pourront aussi en imposer pour de l'urémie vraie.

Dans notre observation II, l'élément rénal dominait tous les autres : l'anurie, la douleur lombaire, les vomissements

incoërcibles étaient en faveur de cette hypothèse. La température restant peu élevée, le refroidissement qui a précédé la mort (35°) semblaient encore confirmer cette opinion. L'autopsie a montré que ce refroidissement était dû à une hémorrhagie intestinale, et, bien qu'il n'y ait pas eu de selle sanglante, le tube digestif a été trouvé rempli de sang sur une étendue considérable.

Les attaques d'éclampsie devront être distinguées des attaques d'épilepsie qui pourraient se manifester chez un malade antérieurement atteint de mal comitial.

La granulie, souvent si difficile à distinguer de la fièvre typhoïde, peut aussi en imposer, surtout s'il se fait une poussée sur le rein ; c'est ici qu'il serait utile de rechercher dans l'urine les bactéries de Bouchard. Ajoutons que cette recherche doit être faite avec les plus grandes précautions; les organes génitaux doivent être nettoyés avec le plus grand soin, l'urine doit être recueillie dans une sonde scrupuleusement stérilisée ; enfin, l'examen microscopique doit être pratiqué immédiatement.

La constatation d'une quantité considérable d'albumine rétractile et de cylindres nombreux dans les sédiments vient considérablement aggraver le pronostic d'une fièvre typhoïde. Des dangers que court le malade, les uns sont immédiats, les autres menacent à une échéance plus ou moins éloignée. Les symptômes généraux s'aggravent généralement au moment où l'albumine paraît, et une dothiénentérie, jusque-là bénigne, prend dès lors une allure pleine de gravité. La mort subite peut arriver fréquemment au milieu d'une attaque d'éclampsie, et c'est là une des causes étiologiques de la mort subite, relativement si fréquente dans la maladie qui nous occupe. De plus, aux dangers déjà grands de l'affection elle-même, viennent s'ajouter tous ceux que fait courir au malade l'intoxication nouvelle dont il est atteint.

Les vomissements incoërcibles présentés par notre malade étaient par eux-mêmes un véritable danger. Quelle que soit la nature du poison qui donne naissance aux accidents dits urémiques, qu'il soit unique ou multiple, qu'il existe normalement dans le sang (Bouchard) ou qu'il n'y prenne naissance qu'à un moment déterminé, qu'il réside dans les matières extractives ou dans les matières colorantes de l'urine, il n'en est pas moins vrai que cette intoxication existe, qu'elle est extrêmement grave et qu'elle ne peut, enfin, que trouver un nouvel élément de gravité lorsqu'elle frappe un individu déjà épuisé par une dothiénentérie.

Cependant tous les cas ne sont pas mortels, et l'on a cité de nombreux faits de guérison, même après des accidents convulsifs graves (Robert et Gaucher, Hanot, Didion, etc.); on peut admettre, dans ces cas, que la néphrite était localisée à certaines portions du rein, et que la partie saine de l'organe a pu suffire à l'élimination du principe toxique. Hanot a vu deux fois une poussée de pustules d'ecthyma remplies de bactéries coïncider avec la disparition de l'albumine.

Comme danger moins immédiat pour le malade, on doit admettre avec Griesinger et Hardy la transformation de la néphrite typhique en une maladie de Bright, qui évoluera plus tard fatalement. Didion donne un fait de cette nature.

Quel sera le traitement? M. le professeur Bouchard conseille les antiseptiques, espérant ainsi agir sur les bactéries, causes de la maladie et de la complication rénale; il conseille l'acide phénique ou l'acide salicylique, administrés en potion ou en lavement. Le salicylate de bismuth peut agir dans les cas de diarrhées abondantes et fétides. On a essayé les injections sous-cutanées de pilocarpine; elles produisirent d'abord un abaissement de la température, accompagné d'une sudation abondante, mais la malade succomba trois jours après (Didion).

Polli a conseillé l'emploi des sulfites; Kannemberg et Klebs celui du sulfate de quinine et du benzoate de potasse. Nous avons vu donner au malade de notre observation la naphtaline, associée à la poudre de charbon; les selles parurent désinfectées très nettement, mais les vomissements incoërcibles obligèrent à en suspendre l'emploi.

On devra s'attacher à provoquer une diurèse abondante, et pour cela le jaborandi, le convallaria ont été tour à tour essayés. A. Robin a vu guérir un malade qui offrait une anurie presque absolue par l'emploi du jaborandi. Le diurétique par excellence est le lait, et c'est à lui qu'on devra avoir recours dès que la forme rénale aura été reconnue.

On pourrait peut-être aussi tâcher d'agir sur le rein, en excitant la peau par des frictions sèches, et nous arrivons à l'hydrothérapie. Les bains tièdes peuvent être donnés dans le but de calmer l'éréthisme nerveux du malade, quand il existe; mais ils sont sans action sur la maladie elle-même. Quant aux bains froids, Gubler les considère comme formellement contre-indiqués. Labadie-Lagrave se prononce aussi contre eux et contre les lotions froides qui pourraient augmenter la congestion rénale. Libermann, au contraire, et d'autres auteurs conseillent ces deux moyens et insistent sur la sensation agréable que produisent pour le malade les lotions froides, et sur la valeur antithermique incontestable de cette intervention qu'ils affirment, d'ailleurs, être sans danger.

PATHOGÉNIE.

La néphrite typhoïde une fois constatée, quelle en est la pathogénie ? L'albuminurie ordinaire, sans lésion du rein, est sous la dépendance de l'hyperthermie, des troubles de nutrition provoqués par l'infection de l'économie et du défaut de combustion des albuminoïdes provenant de la dénutrition (Gubler). Mais, lorsqu'il y a néphrite proprement dite, néphrite généralement diffuse ou mixte, Legroux et Hanot admettaient que la déchéance graisseuse de l'épithélium résultait de l'action stéatogène exercée par le processus typhoïde sur le rein comme sur d'autres organes; l'hyperthermie a aussi pu être accusée de produire sur les épithéliums du rein un effet semblable à celui qu'elle produit sur d'autres épithéliums et sur les muscles. Mais depuis que M. le professeur Ch. Bouchard a démontré la présence de bactéries dans les urines et dans le rein lui-même, on doit admettre que cette lésion est liée à la présence des bactéries dans la glande. Les microbes peuvent, en effet, produire dans le rein soit des embolies infectieuses spécifiques avec formation d'abcès métastatiques, soit des phénomènes d'irritation inflammatoire ou des troubles de nutrition qui aboutissent à la néphrite proprement dite.

Dans ce dernier cas, les microbes peuvent agir sur les éléments du rein de plusieurs manières différentes : leur accumulation peut amener l'obstruction des capillaires et déterminer une ischémie qui entrave la vitalité des cellules; ils peuvent pénétrer dans les cellules par traumatisme et s'em-

parer de leur propre substance;ils peuvent prendre pour eux la substance qui doit nourrir la cellule et qui arrive constamment en contact avec elle;ils peuvent enfin sécréter une matière nuisible, susceptible de détériorer la cellule.

Toutes ces hypothèses sont admissibles et tous ces processus existent peut-être. Quoi qu'il en soit, le microbe pénétrant dans le rein agit le plus souvent en produisant le développement de lésions inflammatoires et dégénératives et en déterminant une néphrite aiguë, habituellement prédominante sur les épithéliums. Le microbe de la fièvre typhoïde paraît déterminer la nécrose de coagulation de Weigert (1). Les lésions de la néphrite interstitielle sont cependant celles qui jouent le premier rôle dans les néphrites typhiques.

(1) Gaucher, Pathogénie des néphrites, Th. d'agrégation, Paris 1886.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dans la maladie qui nous occupe, les lésions du rein jouent naturellement un rôle prépondérant et peuvent être divisées en lésions microscopiques et en lésions histologiques. Bien que notre modeste étude se place surtout au point de vue clinique et que nos connaissances personnelles en matière de micrographie ne nous permettent pas d'apporter de nouveaux documents sur la question des néphrites typhiques, nous ne devons pas passer sous silence un chapitre aussi intéressant. D'abord, cette étude a été exposée magistralement par le professeur Renaut (1) et cet examen a été plus récemment renouvelé par Siredey dans la thèse si souvent citée de Didion.

Les lésions microscopiques se traduisent d'abord par une congestion très marquée des reins dont la capsule s'enlève avec beaucoup de facilité, sauf en quelques points où elle est un peu plus adhérente ; cette augmentation se retrouve très nettement dans la plupart des observations, et, bien avant les progrès actuels de l'histologie, Rayer l'avait constatée et avait même vu des abcès de petit volume se développer dans le parenchyme rénal (2). Dans les autopsies de Legroux et Hanot, par exemple, le poids de l'organe varie de 230 à 272 grammes. Dans les observations personnelles que nous donnons, il a été de 245 gr. et 270 gr. (obs. I), et de 280 gr. et 325 gr. (obs. II).

(1) *Arch. de physiologie*, janvier 1881.
(2) Traité des maladies du rein, Paris 1840.

A la coupe, les pyramides tranchent sur la substance corticale par leur coloration violacée, presque noire; la substance médullaire est généralement pâle et donne par le râclage beaucoup moins de sang que ne le font les pyramides. La surface des bassinets est souvent congestionnée et présente des arborisations vasculaires. D'autres fois, au contraire, sur la substance totale légèrement ramollie (obs. II), flasque, la coloration violacée s'observe sur toute la coupe et permet difficilement de distinguer la substance corticale de la substance médullaire. Cependant, dans ce cas, la zone correspondant à l'épanouissement des pyramides est plus spécialement congestionnée.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur les lésions histologiques que l'on peut observer. Les uns ne voient dans ces faits qu'un état catarrhal des tubes de Bellini et des rayons médullaires (Pierret, Rosenstein); d'autres, tels que Klebs, admettent que les altérations portent primitivement sur les glomérules. Legroux et Hanot avaient pensé que l'épithélium était primitivement frappé de dégénérescence graisseuse, pour Bouchard et son école, le microbe typhique frappe les cellules épithéliales de nécrose de coagulation.

Nous ne rapporterons pas tout au long la description détaillée qu'a donnée Renaut; nous en donnerons seulement les principales conclusions:

1° La périphérie du lobule est le siège d'un œdème albumineux intense, dont l'exsudat gorge les glomérules, les tubes marginaux, les fait éclater par places, passe dans les espaces lymphatiques, envahit les origines du système veineux et s'y substitue au sang circulant. Par quelques points, cette lésion œdémateuse a commencé à édifier une lésion scléreuse. La lésion circumlobulaire est un œdème rénal, conduisant à la sclérose rapide, dans les lobules où elle n'est pas tout à fait récente.

2° La partie moyenne du lobule formée par les tubes contournés est atteinte de néphrite parenchymateuse au premier degré. Les cellules épithéliales ont perdu leur striation, forment des blocs granuleux, et leurs noyaux ne se colorent plus par le carmin ni par l'hématoxyline. La lésion médio-lobulaire est une néphrite parenchymateuse rapidement suivie de la mort sur place de l'épithélium.

3° Enfin, la portion centrale du lobule, occupée par les rayons médullaires, montre l'inflammation catarrhale de ces derniers. La lésion centrolobulaire consiste donc dans un catarrhe des tubes collecteurs (1).

La lésion générale est donc une inflammation portant à la fois sur l'épithélium et sur les parties interstitielles; c'est donc une néphrite diffuse, une néphrite mixte.

Ajoutons, enfin, que, dans le cas si soigneusement étudié par Renaut, l'âge des lésions des divers lobules montrait que l'inflammation s'était produite par poussées successives, que les lésions, en s'étendant, avaient annulé le rôle du rein et provoqué chez le malade des accès éclamptiques, et que la température ne s'était pas abaissée dans la période des accès, comme cela s'observe dans les cas d'urémie consécutifs à une néphrite chronique (Didion).

Dans quatre cas où les malades avaient succombé au cours d'une fièvre typhoïde compliquée de néphrite, Didion a confié l'examen histologique des reins à M. Siredey.

Voici les résultats de ces examens: dans un premier cas (mort au 15e jour, albuminurie abondante, congestion très intense nettement appréciable à l'œil nu), les tubes sont le siège d'une desquamation à peu près complète, et quelques-uns renferment des boules constituées par de petites masses granulo-graisseusses. Les lésions sont surtout marquées dans

(1) Labadie-Lagrave, *loc. cit.*, p. 635.

les tubuli contorti, les branches descendantes de Henle restant saines. Les tubes qui ont conservé leur épithélium montrent celui-ci dans un état très prononcé de dégénérescence granulo-graisseuse. C'est là le type des lésions observées notamment par Legroux et Hanot.

Les vaisseaux sont irrégulièrement gorgés de sang, diapédèse marquée sur certains points, épaississement de leurs parois et des capsules de Bowmann qui sont souvent le siège d'un exsudat fibrineux les séparant du glomérule. Ici les lésions sont très avancées.

Dans un second cas (mort au 17e jour, albuminurie abondante), lésions interstitielles très nettes, gangue conjonctive remplie de cellules embryonnaires. Les altérations cadavériques empêchent d'étudier les lésions épithéliales.

Le troisième cas est relatif à une fièvre typhoïde à forme hyperthermique avec albuminurie, accidents ataxo-adynamiques, mort au 20e jour. Prolifération conjonctive très marquée, altérations épithéliales peu prononcées, mais desquamation des tubes contournés et boules protéiques à l'intérieur de ces tubes. Intégrité des tubes droits et des anses de Henle.

Enfin, dans le quatrième fait (mort au 20e jour, néphrite, albuminurie), la néphrite interstitielle, très irrégulière comme distribution, offre une prédominance encore plus marquée. On observe en certains points de petits amas de leucocytes constituant des abcès miliaires microscopiques.

Dans tous ces cas, la lésion constante consiste donc en une néphrite interstitielle plus marquée que la néphrite parenchymateuse, mais la coexistence des deux altérations, bien qu'en proportions diverses, représente néanmoins une néphrite mixte.

Enfin, nous avons vu, dans l'examen histologique qui a été fait par M. le Professeur Kiener (obs. II, inédite), que

ces lésions de néphrite mixte se retrouvaient manifestement dans le rein examiné.

La néphrite interstitielle, prédominante, s'accusait surtout par une prolifération du tissu conjonctif séparant les tubes et arrivant, au niveau de certains glomérules, à un degré de sclérose suffisant pour étouffer ces glomérules.

La néphrite parenchymateuse était caractérisée par une hémorrhagie abondante siégeant dans certains groupes de tubes et disséminée à tous les niveaux depuis les glomérules jusqu'aux pyramides. Aux endroits où s'étaient produites les hémorrhagies, l'épithélium des tubes était aplati et presque linéaire ; dans les glomérules atteints, le bouquet vasculaire était refoulé par le sang épanché.

En d'autres points, l'épithélium des tubuli avait subi la nécrose de coagulation de Weigert et les cellules apparaissaient privées de noyau ; d'autres cellules, au contraire, présentaient des noyaux en voie de prolifération, comme si le poison typhique, qu'il soit dû aux bactéries elles-mêmes ou à leurs produits de sécrétion agissant sur ces éléments en quantité variable, avait produit ici une simple irritation, là une nécrose complète (Kiener).

Enfin, quelques cellules présentaient cette augmentation de volume que l'on constate dans le gros rein blanc.

CONCLUSIONS.

Arrivé au terme de cette étude, nous en résumerons les points les plus saillants dans les propositions suivantes:

1° Les complications rénales, fréquemment observées au cours de la fièvre typhoïde, prennent quelquefois une telle importance et s'accompagnent d'une telle gravité que les auteurs ont cru pouvoir décrire une *dothiénentérie à forme rénale*. Nous pensons que cette dénomination doit au moins être réservée aux cas où la complication rénale, non seulement masque les autres symptômes de la fièvre typhoïde, mais encore se révèle près du début de l'affection génératrice. Elle ne peut que par un abus de langage s'appliquer à ce que l'on appelle la *forme urémique tardive*.

2° L'une des variétés de cette forme, la *forme hémorrhagique* de Robin, a des caractères nettement tranchés. Ici les symptômes typhoïdes sont bientôt masqués par les manifestations rénales qui forment indication primordiale. Les caractères constants sont: la précocité et la fréquence des hématuries et des épistaxis, la disparition des phénomènes intestinaux et de la régularité de la courbe thermique. Cette forme peut guérir. Au cas de terminaison funeste, celle-ci peut être le résultat de la complication rénale elle-même, ou, comme chez notre malade (obs. I), de la maladie première. Dans ce cas, après une amélioration transitoire, la terminaison fatale est annoncée par la fréquence excessive et l'irrégularité du pouls.

3° Nous croyons qu'il faut admettre, à côté des formes

urémiques des auteurs, un type particulier absolument tranché, ne ressemblant à aucune des variétés de formes rénales décrites. C'est la *forme à urémie gastrique précoce*, dont voici les caractères : apparition précoce des vomissements urémiques; disparition aussi précoce ou non apparition des symptômes typhoïdes; tableau classique de l'urémie gastrique.

Dans cette forme, le *diagnostic* est difficile, incertain, parfois impossible ; le *pronostic* est grave de par le fait de la complication, comme par suite de l'impossibilité à peu près absolue de soutenir les forces du malade et de lui faire absorber les médicaments dont l'usage est reconnu nécessaire. Le *traitement* doit avoir pour base les deux indications : combattre l'adynamie, lutter contre l'intoxication par les poisons intestinaux et par les poisons urinaires. Cette seconde indication sera remplie par le charbon végétal et la naphtaline d'une part, les diurétiques, et particulièrement la caféine en injection hypodermique d'autre part, et le lait.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 30 juin 1888.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 29 juin 1888.
Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

1832 **Grégory.** — Archives de médecine, juillet, p. 386.

1840 **Rayer.** — Traité des maladies des reins, Paris.

1854 **Trotter.** — Albuminous urine in continued fever. The Lancet.

1855 **Gubler.** — Leçons faites à l'hôpital Beaujon sur l'albuminurie.

1859 **Parkes.** — On the valice of albuminuria. Medical Times and Gazette.

1860 **Jaccoud.** — Des conditions pathogéniques de l'albuminurie. Thèse de Paris.

1861 **Trousseau.** — Cliniques de l'Hôtel-Dieu. Paris.

1863 **Abeille.** — Traité des maladies à urines albumineuses et sucrées. Paris.

1864 **Jaccoud.** — Albuminurie, *in* Nouveau dict. de méd. et de chirurgie, t. I.

Griesinger. — Traité des maladies infectieuses, trad. française annotée par Vallin, éd. 1877.

Chedevergne. — De la fièvre typhoïde et de ses manifestations congestives, inflammatoires et hémorrhagiques. Thèse Paris.

1865 **Gubler.** — *Art.* Albuminurie, *in* Dict. encycl. des sciences médicales. Paris.

Murchison. — On the continued fever. London, nouv. édition de Paris 1878, trad. par Lutaud.

1876 **Legroux** et **Hanot.** — Observations d'albuminurie dans la fièvre typhoïde et Archives générales de médecine, décembre.

Menaut. — De la mort subite dans la fièvre typhoïde. Thèse Paris.

1877 **A. Robin.** — La fièvre typhoïde. Essais d'urologie clinique. Thèse Paris.

Hardy. — Union médicale.

Durand — De l'albuminurie dans la fièvre typhoïde. Th. Paris.

Millard. — Union médicale, p. 63.

1878 **Amat** — De la fièvre typhoïde à forme rénale. Th. Paris.

1879 **Pultg.** — De l'albuminurie dans la fièvre typhoïde. Th. Montpellier.

Barberet et Chouet. — Gazette hebdomadaire.

1880 **Kannemberg.** — Ueber Nephritis bei amten Infections Krankeiten. Cliniq. Med. Zeitsch.

De Santi. — Eruptions anormales dans la fièvre typhoïde rénale. Tribune médicale.

1881 **Renaut.** — Arch. de physiologie, janvier.

Petit. — Des néphrites dothiénentériques. Th. Lyon.

Hanot. — Gazette hebdomadaire.

Potain. — Gazette hebdomadaire.

Robert et Gaucher. — Albuminurie et accidents urémiques dans le cours d'une fièvre typhoïde. Revue de médecine, p. 409.

Bouchard. — Des néphrites infectieuses. Revue de médecine, p. 971.

1882 **Chauffard.** — Etude sur les déterminations gastriques de la fièvre typhoïde. Th. de Paris.

1885 **J. Raymond.** — Sur la pathogénie de certaines hémorrhagies de la fièvre typhoïde (Revue de médecine).

Johan Hygge. — Albuminurien under den tyfoida Fieber med Sarligt Hensyn til den Gubler-Robinske renal tyfusforme. (Nordiskt medicinst Arkiv. t, xv, n° 20.

1887 **Boyer.** — Urémie dothiénentérique. Province médicale, 5 novembre.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !